

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм по организации и проведению мероприятий по снижению заболеваемости острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом, брюшным тифом и паратифами

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 06 февраля 2008 года № 52. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 06 марта 2008 года № 5163. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 июня 2010 года № 476

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 30.06.2010 № 476.

В целях предупреждения возникновения и распространения брюшного тифа и паратифов и в соответствии с подпунктом 6) статьи 7, подпунктом 4) статьи 7-1 и пунктом 1 статьи 24 Закона Республики Казахстан "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые санитарно-эпидемиологические правила и нормы:

1) "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости острыми кишечными инфекциями";

2) "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости сальмонеллезом";

3) "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости брюшным тифом и паратифами".

2. Директорам департаментов здравоохранения областей, городов Астана, Алматы (по согласованию) обеспечить своевременную диагностику и лечение больных острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом, брюшным тифом и паратифами.

3. Главным государственным санитарным врачам областей, городов Астана и Алматы, на транспорте обеспечить:

1) контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях, детских домах, домах ребенка, домах престарелых, на объектах пищевой перерабатывающей промышленности, продовольственной торговли, общественного питания;

2) контроль за качеством питьевой воды централизованных,

децентрализованных источников водоснабжения;

3) контроль за соблюдением санитарно-ветеринарных правил на мясо-птицеперерабатывающих объектах.

4. Комитету государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Белоног А.А.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан.

5. Департаменту организационно-правового обеспечения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Мухамеджанов Ж.М.) направить настоящий приказ на официальное опубликование после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Омарова К.Т.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении 10 дней со дня официального опубликования.

Министр

У т в е р ж д е н ы п р и к а з о м
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 6 февраля 2008 года N 52

**Санитарно-эпидемиологические правила и нормы
"Организация и проведение санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости
острыми кишечными инфекциями"**

1. Общие положения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормы (далее - санитарные правила) определяют порядок проведения организации и проведения лечебно-диагностических и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по профилактике острых кишечных инфекций и снижению уровня заболеваемости.

2. В настоящих санитарных правилах использованы следующие термины и определения:

1) бактерионосительство - форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и

выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

2) дизентерия - инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода *Shigella*, при котором преимущественно поражается слизистая оболочка толстого кишечника. Клинически заболевание характеризуется интоксикацией и наличием колитического синдрома;

3) дисбактериоз - нарушение состава микрофлоры кишечника, сопровождающееся дисфункцией и нарушениями ферментативной способности кишечника, возникающей в результате хронических заболеваний, длительного применения антибиотиков;

4) иерсиниоз - острое инфекционное заболевание из группы антропозоонозов, характеризующееся симптомами интоксикации и преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, печени, суставов, реже других органов;

5) реконвалесцент - больной человек в стадии выздоровления;

6) ротавирусная инфекция - острое вирусное заболевание, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта.

2. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

3. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью острыми кишечными инфекциями включает следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями проводится с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования. Необходимо изучить структуру острых кишечных диарейных инфекций по нозологическим формам, оценить уровень заболеваемости в отдельных возрастных, социальных, профессиональных группах населения и отдельных коллективов для выявления "групп риска".

При анализе годовой динамики заболеваемости правильно определить сроки начала ее сезонных подъемов, выявить возможные их причины, для чего проанализировать природные и социальные условия, предшествующие их началу

Заболеваемость в периоды эпидемических вспышек, сгруппировывают по типам эпидемий, факторам передачи возбудителя, выявляют наиболее частые эпидемические факторы, способствующие их развитию, обратив особое внимание на особенности питания и водоснабжения;

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями проводится для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных противоэпидемических мероприятий.

Проводится сравнение текущей заболеваемости по дням, по неделям, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной территории.

4. С целью недопущения внутрибольничных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологической службы проводится государственный надзор за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в психоневрологических диспансерах, детских домах, домах ребенка, домах престарелых и инвалидов, детских стационарах.

5. Выявление больных и подозрительных на заболевание кишечными инфекциями проводится медицинскими работниками всех организаций здравоохранения, независимо от форм собственности, во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и других посещений лечебных организаций. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

6. Проводятся однократные лабораторные обследования на кишечную группу следующих категорий населения:

- 1) больные и лица с подозрением на инвазивные формы острых кишечных инфекций при обращении в медицинские организации;
- 2) лица, имеющие общение (в контакте) с больным кишечной инфекцией, из числа ряд декретированного контингента;
- 3) пациенты психиатрических стационаров, при поступлении в стационар;
- 4) дети при оформлении в школы-интернаты, детские дома и дома ребенка;
- 5) лица преклонного возраста при оформлении в дома престарелых;
- 6) реконвалесценты после перенесенной кишечной инфекции.

7. В целях идентификации возбудителя и установления размеров очага проводятся лабораторные исследования, перечень которых определяется врачом-эпидемиологом.

3. Организация эпидемиологического обследования

8. Проводятся эпидемиологические обследования следующих очагов:

- 1) при заболевании острыми кишечными инфекциями работников объектов общественного питания и продовольственной торговли, водоснабжения, дошкольных организаций, а также частных лиц, занимающихся

предпринимательской деятельностью связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов;

2) при заболевании детей, посещающих дошкольные организации, детские дома, школы - интернаты;

3) при заболевании работников психоневрологических стационаров, детских домов, домов ребенка, домов престарелых;

4) лица, в очагах инфекции, в которых в течение одного инкубационного периода зарегистрировано три и более случаев заболевания.

9. При превышении контрольных уровней заболеваемости необходимость обследования квартирных очагов определяется главным государственным санитарным врачом соответствующей территории с учетом эпидемиологической ситуации, материалов ретроспективного анализа.

10. При эпидемиологическом обследовании очагов проводится забор проб пищевых продуктов, воды, смывов для лабораторного обследования.

4. Госпитализация больных острыми кишечными инфекциями

11. Госпитализация больных острыми кишечными инфекциями проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

12. Клинические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

- 1) все формы заболевания у детей в возрасте до 2-х месяцев;
- 2) формы заболевания с тяжелым обезвоживанием независимо от возраста ребенка;
- 3) формы заболевания, отягощенные сопутствующей патологией;
- 4) затяжные диареи с обезвоживанием любой степени;
- 5) хронические формы дизентерии (при обострении).

13. Эпидемиологические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

- 1) невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного (социально-неблагополучные семьи, общежития, казармы, коммунальные квартиры);
- 2) случаи заболевания в медицинских организациях, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка, санаториях, домах престарелых и инвалидов, летних оздоровительных организациях, домах отдыха.

14. Выписка реконвалесцентов после дизентерии и других острых диарейных инфекций проводится после полного клинического выздоровления.

Однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов после дизентерии и других острых диарейных инфекций проводится в амбулаторных

условиях в течение 7 дней после выписки, но не ранее 2-х дней после окончания антибиотикотерапии.

5. Диспансеризация переболевших острыми кишечными инфекциями

15. Диспансерному наблюдению после перенесенной острой дизентерии
п о д л е ж а т :

1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли,
п и щ е в о й п р о м ы ш л е н н о с т и ;

2) дети детских домов, домов ребенка, школ-интернатов;

3) работники психоневрологических диспансеров, детских домов, домов
ребенка, домов престарелых и инвалидов.

16. Диспансерное наблюдение проводится в течение 1 месяца, в конце
которого обязательно однократное бактериологическое обследование.

17. Кратность посещения врача определяется по клиническим показаниям.

18. Диспансерное наблюдение осуществляется участковым врачом (или
семейным врачом) по месту жительства или врачом кабинета инфекционных
болезней.

19. При рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного
обследования, все категории лиц переболевших вновь проходят лечение. После
окончания лечения, в течение 3-х месяцев ежемесячно проводят лабораторное
обследование. Лица, у которых бактерионосительство продолжается более 3-х
месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии.

20. Лица, из числа декретированного контингента на работу по
специальности допускаются только после полного выздоровления,
подтвержденного результатами клинического и бактериологического
обследования. При хронической форме дизентерии эти лица переводятся на
работу, не связанную с общественным питанием.

21. Лица, с хронической дизентерией состоят на диспансерном наблюдении в
течение года. Бактериологические обследования и осмотр
врачом-инфекционистом этих лиц проводится ежемесячно.

У т в е р ж д е н ы п р и к а з о м
М и н и с т р а з д р а в о о х р а н е н и я
Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н
от 6 февраля 2008 года N 52

Санитарно-эпидемиологические правила и нормы
"Организация и проведение санитарно-противоэпидемических

(профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости сальмонеллезом"

1. Общие положения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) определяют порядок проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) и лечебно-диагностических мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости сальмонеллезом.

2. В настоящих санитарных правилах использованы следующие термины и определения:

1) бактерионосительство - форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

2) сальмонеллез - группа полиэтиологичных острых инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей из семейства Enterobacteriaceae рода Salmonella, которые характеризуются большим полиморфизмом клинических проявлений от бессимптомного бактерионосительства до тяжелых септических вариантов. Чаще всего протекают в виде острого гастроэнтерита;

3) субпродукты - производственное название пищевых продуктов, получаемых при убойе животных и разделке туши (печень, язык, почки, мозг и другие, кроме мяса туши)

2. Госпитализация, диспансерное наблюдение за переболевшими и проведение противоэпидемических мероприятий в очагах

3. Обязательному бактериологическому обследованию на сальмонеллез подлежат следующие категории лиц населения:

1) дети в возрасте до двух лет, поступающие в стационар;

2) взрослые, госпитализированные в стационар по уходу за больным ребенком;

3) роженицы, родильницы, при наличии дисфункции кишечника в момент поступления или в течение предшествующих трех недель до госпитализации;

4) все больные независимо от диагноза при появлении кишечных расстройств во время пребывания в стационаре;

5) декретированный контингент согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 октября 2003 года N 766 "Об

утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров декретированных групп населения", зарегистрированному в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 12 ноября 2003 года
п о д N 2 5 5 6 ;

6) по эпидемиологическим показаниям лица из числа декретированного контингента, которые предположительно явились источником инфекции в очаге сальмонеллеза.

4. Госпитализация больных сальмонеллезом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

5. Выписку реконвалесцентов проводят после клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования кала. Исследование производят не ранее 3-х дней после окончания лечения.

6. Диспансерному наблюдению после перенесенного заболевания подвергается только декретированный контингент.

7. Диспансерное наблюдение за переболевшими осуществляет врач кабинета инфекционных болезней или участковые (семейные) врачи по месту жительства.

8. Реконвалесценты, не выделяющие сальмонеллы после выздоровления должны допускаться к работе.

Реконвалесцентов, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, а также выявленных бактерионосителей из числа декретированного контингента отстраняют от основной работы на срок 15 дней и переводят на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности. В этот период проводят трехкратное исследование кала. При повторном положительном результате такой же порядок обследования повторяют еще в течение 15 дней.

При установлении бактерионосительства более 3-х месяцев, эти лица, как хронические носители сальмонелл отстраняются от работы по специальности на срок не менее одного года.

По истечении этого срока у них проводят трехкратное исследование кала и желчи с интервалом 1-2 дня. При получении отрицательных результатов эти лица допускаются к основной работе. При получении одного положительного результата такие лица рассматриваются как хронические бактерионосители, их отстраняют от работы, где они могут представлять эпидемиологическую опасность.

9. Детей продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения отстраняют от детского сада в течение 15 дней, в этот период проводят трехкратное исследование кала с интервалом 1-2 дня. В случае выделения возбудителя сальмонеллеза в этот период срок наблюдения продлевают еще на 15 дней.

10. Обязательно проводится эпидемиологическое обследование очагов сальмонеллеза в случае заболевания лиц, относящихся к декретированному контингенту или детей в возрасте до двух лет. В остальных случаях необходимость эпидемиологического обследования должен определять эпидемиолог.

3. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на объектах продовольственной торговли, общественного питания

11. Прием продуктов, их перевозка, хранение и реализация на объектах торговли производится в соответствии со следующими санитарно-эпидемиологическими требованиями:

1) не допускается приемка продуктов без документов, удостоверяющих качество и безопасность продукции, а также сырых продуктов животного происхождения без ветеринарного свидетельства;

2) пищевая продукция на упаковке имеет маркировку с датой выработки и сроком годности;

3) для скоропортящихся продуктов в накладной указывается дата и час выработки продукции;

4) тушки птицы поступают в потрошенном или полупотрошенном виде;

5) при хранении товаров на складах, размещении и выкладке их в торговом зале работниками магазина строго соблюдаются правила товарного соседства, нормы складирования, сроки и условия хранения;

6) приемку, хранение и реализацию скоропортящихся продуктов производят только в магазинах, имеющих исправное холодильное оборудование;

7) фасованное мясо проверяется по состоянию упаковки, соответствию вида, сорта мяса указанным на этикетке;

8) субпродукты перед приемкой рассортировываются по видам;

9) качество полуфабрикатов проверяется по цвету, запаху, форме, целостности панировки, по состоянию упаковки;

10) проверяется дата и час выработки полуфабрикатов, указанные на этикетках и вложенных в тару;

11) качество кулинарных изделий определяется по форме, внешнему виду изделий, степени их готовности, правильности укладки в тару;

12) размещение в продовольственных магазинах и магазинах кулинарии сырых продуктов (мяса, птицы, рыбы, морепродуктов, овощей и полуфабрикатов из них) производится отдельно от гастрономических, кулинарных и готовых к употреблению продуктов (в отдельных прилавках);

13) подготовку товаров к продаже производят продавцы или специально выделенные для этого лица;

14) реализация кондитерских изделий с кремом допускается в специализированных магазинах, отделах, секциях магазинов при наличии в них холодильного оборудования для этих товаров в складских помещениях и в торговом зале;

15) размещение сырых яиц допускается в отделах по реализации только сырой продукции;

16) не допускается продажа яиц с нарушенной скорлупой ("бой"), вытечкой содержимого через поврежденные оболочку и скорлупу ("тек"), а также следами на скорлупе кровяных пятен и помета;

17) строго соблюдаются сроки реализации и хранения яиц и яйцепродуктов.

12. На объектах общественного питания соблюдаются следующие санитарно-эпидемиологические требования:

1) для разделки сырых и готовых продуктов выделить промаркированные в соответствии с назначением разделочные столы и доски из дерева твердых пород (дуб, бук, ясень, береза) без щелей и зазоров, гладко выструганные;

2) для хранения скоропортящихся продуктов необходимо иметь холодильные установки;

3) не допускается при отсутствии источника холода реализация скоропортящихся продуктов на объектах общественного питания;

4) не допускается совместное хранение сырых продуктов или полуфабрикатов с готовыми изделиями, а также хранение в помещениях вместе с пищевыми продуктами тары, тележек, хозяйственных материалов и не пищевых товаров;

5) мороженое мясо размораживается полутушами или четвертинами в подвешенном состоянии в специальном помещении при постепенном повышении температуры от 0 до 8 °С или на столах в мясном цехе при комнатной температуре;

6) не допускается дефростация (размораживание) мяса мелкими кусками, а также в воде или около плиты;

7) мясо в тушах, половинах и четвертинах перед обвалкой тщательно зачищается, подвешивается и промывается в проточной воде с помощью щетки. Места, где имеются сгустки крови, клейма, ушибы тщательно срезаются;

8) по окончании работы щетки промываются растворами моющих средств, разрешенных в установленном законодательством порядке для применения в организациях общественного питания, ополаскиваются и обдаются кипятком;

9) при приготовлении кулинарных изделий в организациях общественного

питания соблюдается поточность производственного процесса обработки мяса, рыбы, овощей, изготовления холодных закусок и варки пищи;

10) яйца, используемые в производстве, должны быть чистыми с неповрежденной скорлупой, не ниже 2-ой категории;

11) для приготовления крема используются только диетические куриные яйца без пороков и с незагрязненной скорлупой;

12) не допускается использовать для изготовления крема миражные яйца, яйца из хозяйств, неблагополучных по инфекционным заболеваниям, а также использовать меланж вместо яиц;

13) на предприятиях необходимо иметь яйцебитки с помещением для хранения и распаковки яиц, помещением для мойки и дезинфекции яиц, помещением для получения яичной массы, которые располагаются по ходу технологического процесса и исключают возможность встречи потоков сырья и готовой продукции и удобны для взаимной связи;

14) соблюдаются следующие сроки хранения яичной массы при температуре не выше $2-6^{\circ}\text{C}$ для изготовления крема - не более 8 часов, для изготовления выпечных полуфабрикатов - не более 24 часов;

15) изготовление кремов производится в соответствии с действующими рецептурами и технологическими инструкциями;

16) на производстве готовые изделия до загрузки в холодильную камеру должны храниться более 2-х часов;

17) кремы, пирожные и торты хранятся при температуре не выше 8°C ;

18) количества изготавливаемых блюд должно соответствовать пропускной способности организации;

19) пища готовится соответствующими партиями по мере ее реализации;

20) изготовление полуфабрикатов для снабжения других организаций общественного питания и торговой сети допускается только в организациях, где имеется специальное оборудование, холодильные камеры для хранения полуфабрикатов, моечная для тары полуфабрикатного цеха, экспедиция;

21) мясной фарш в организациях общественного питания изготавливается по мере надобности;

22) хранение мясного фарша и мясных полуфабрикатов в камерах или в шкафах при отсутствии холода не допускается.

Утверждены приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан

от 6 февраля 2008 года N 52

Санитарно-эпидемиологические правила и нормы
"Организация и проведение санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по предупреждению
заболеваемости брюшным тифом и паратифами"

1. Общие положения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) определяют порядок проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) и лечебно-диагностических мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами.

2. В настоящих санитарных правилах использованы следующие термины и определения:

1) бактерионосительство - форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

2) брюшной тиф - бактериальное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл (*Salmonella Typhi*), характеризующееся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с общей интоксикацией, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемым водным, пищевым и бытовым путями, со спорадическим распространением, а также склонностью к формированию длительного бактерионосительства;

3) декретированный контингент - люди, работающие в сфере обслуживания, представляющие наибольшую опасность для заражения окружающих инфекционными и паразитарными заболеваниями;

4) паратифы - бактериальные острые инфекционные заболевания, вызываемые бактериями рода сальмонелл (*Salmonella paratyphi*), характеризующееся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с явлениями общей интоксикации, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемые преимущественно пищевым и водным путями, склонные к формированию продолжительного бактерионосительства. Имеют сходство по патогенезу и клиническим проявлениям с брюшным тифом, характеризуются острым началом и рецидивирующим течением, наличием периода катаральных явлений;

5) санация - проведение целенаправленных лечебно-профилактических мер по оздоровлению организма;

6) фаготип - совокупность бактериальных штаммов, характеризующихся одинаковой чувствительностью к типовому набору бактериофагов.

2. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

3. Санитарно-эпидемиологический надзор за заболеваемостью населения брюшным тифом и паратифами должен включать следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

1) анализ информации о санитарном состоянии населенных пунктов, особенно неблагополучных по заболеваемости населения тифопаратифозными и н ф е к ц и я м и ;

2) осуществление эпидемиологического надзора и определение групп риска с р е д и н а с е л е н и я ;

3) определение фаготипов выделяемых культур от больных и б а к т е р и о н о с и т е л е й ;

4) постановка на учет и диспансерное наблюдение за переболевшими с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно их числа работников пищевых предприятий и другого декретированного контингента;

5) планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий.

4. Профилактические мероприятия тифопаратифозных заболеваний направлены на проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через воду, пищу. Проводится санитарно-эпидемиологический надзор за санитарно-техническим состоянием с л е д у ю щ и х о б ъ е к т о в :

1) системы водоснабжения, централизованных, децентрализованных источников водоснабжения, головных водозаборных сооружений, зон санитарной охраны водоисточников;

2) пищевой перерабатывающей промышленности, продовольственной торговли, общественного питания;

3) канализационной системы.

5. Проводятся обязательные медицинские осмотры декретированных групп населения согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 октября 2003 года N 766 "Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров декретированных групп населения", зарегистрированному в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов 12 ноября 2003 года под N 2556.

6. Перед допуском к работе лица из числа декретированного контингента после врачебного осмотра подвергаются серологическому обследованию путем постановки с сывороткой крови реакции прямой гемагглютинации и однократному бактериологическому исследованию. Эти лица должны допускаться к работе при отрицательных результатах серологического и бактериологического обследований и при отсутствии других противопоказаний.

В случае положительного результата реакция прямой гемагглютинации дополнительно проводится пятикратное бактериологическое исследование нативных испражнений с интервалом 1-2 дня. При отрицательных результатах этого обследования проводится однократное бактериологическое исследование желчи. К работе допускаются лица, у которых получены отрицательные данные бактериологического исследования испражнений и желчи.

Лица, у которых выявлены положительные результаты серологического и бактериологического обследования рассматриваются как бактерионосители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. В данном случае, лица отстраняются от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность.

7. Плановые профилактические лабораторные обследования работников питания, водоснабжения и другого декретированного контингента на носительство возбудителей тифопаратифозных заболеваний при эпидемическом благополучии по этим инфекциям не должны проводиться.

8. Согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 23 мая 2003 года N 488 "О мерах по улучшению вакцинации населения против инфекционных заболеваний" вакцинация против брюшного тифа проводится следующим категориям населения:

- 1) работники, обслуживающие канализационные сети и сооружения по сбору и обезвреживанию нечистот, объектов по санитарной очистке населенных мест;
- 2) медицинский персонал инфекционных больниц, отделений для больных кишечными инфекциями, сотрудники бактериологических лабораторий;
- 3) контактные по эпидемическим показаниям, в соответствии с эпидемиологической обстановкой и санитарно-гигиеническими условиями проживания в населенных пунктах и при чрезвычайных ситуациях.

9. В очаге брюшного тифа или паратифов проводятся следующие противоэпидемические мероприятия:

- 1) выявление всех больных путем опроса, осмотра, термометрии, лабораторного обследования;
- 2) своевременного изолирования всех больных брюшным тифом, паратифами ;
- 3) выявление и проведение лабораторного обследования лиц, ранее

переболевших брюшным тифом и паратифами, декретированного контингента, лиц подвергшихся риску заражения (употреблявших подозрительные на заражение пищевые продукты или воду, контактировавших с больными);

4) в очаге с единичным заболеванием у всех лиц, указанных в подпункте 3) пункта 9 настоящих правил и норм, проводится однократное бактериологическое исследование испражнений и исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации. У лиц с положительным результатом реакции прямой гемагглютинации производится повторное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи;

5) в случае возникновения групповых заболеваний проводится лабораторное обследование лиц, которые предположительно могут быть источником инфекции. Лабораторное обследование включает трехкратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее 2-х дней и однократное исследование сыворотки крови методом реакции прямой гемагглютинации. У лиц, с положительным результатом реакции прямой гемагглютинации проводится дополнительное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее 2-х дней, а при отрицательных результатах этого обследования однократно исследуется желчь;

6) лица из числа декретированного контингента, имеющие контакт либо общение с больным брюшным тифом или паратифами на дому временно отстраняются от работы до госпитализации больного, проведения заключительной дезинфекции и получения отрицательных результатов однократного бактериологического исследования испражнений, мочи и реакции прямой гемагглютинации;

7) лица, подвергшиеся риску заражения, наряду с лабораторным обследованием находятся под медицинским наблюдением с ежедневными врачебными осмотрами и термометрией на протяжении 21 дня при брюшном тифе и 14 дней при паратифах с момента изоляции последнего больного;

8) выявленные больные и бактерионосители брюшного тифа и паратифов немедленно изолируются и направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

10. Экстренная профилактика в очагах брюшного тифа и паратифов проводится по назначению эпидемиолога в зависимости от эпидемиологической ситуации. В очагах брюшного тифа дается брюшнотифозный, при паратифах поливалентный сальмонеллезный бактериофаг. Назначение бактериофага производится согласно возрасту и инструкции к применению. Первое назначение бактериофага проводится после забора материала для бактериологического обследования. Бактериофаг назначается также реконвалесцентам.

11. В очагах брюшного тифа и паратифов обязательно проводятся дезинфекционные мероприятия:

1) текущая дезинфекция проводится в период с момента выявления больного до госпитализации, у реконвалесцентов в течение 3-х месяцев после выписки из больницы;

2) текущую дезинфекцию организует медицинский работник медицинской организации, а проводит - лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель;

3) заключительную дезинфекцию проводят дезинфекционные станции или дезинфекционные отделы (отделения) органов (организаций) санитарно-эпидемиологических службы, в сельской местности - сельские врачебные больницы, амбулатории;

4) заключительную дезинфекцию в городах проводят не позже 6 часов, в сельской местности - 12 часов после госпитализации больного;

5) в случае выявления больного брюшным тифом или паратифом на амбулаторно-поликлиническом приеме или медицинской организации после изоляции больного в помещениях, где он находился, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данной организации.

3. Диагностика, госпитализация больных

12. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов осуществляется медицинскими работниками всех организаций здравоохранения независимо от форм собственности при обращении больного в медицинские организации на основании клинических и лабораторных данных, а также путем активного выявления.

13. При диагностике брюшного тифа ведущим является выделение гемокультуры. Забор крови для выделения гемокультуры проводится во все периоды болезни. Первый посев крови производится до начала антибактериальной терапии. Для диагностики также проводится исследование копрокультуры, уринокультуры, желчи, серологическую диагностику (реакция Видаля, реакция прямой гемагглютинации).

14. Больные с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 3-х и более дней обследуются на брюшной тиф.

15. Все больные брюшным тифом и паратифами А и В госпитализируются в инфекционный стационар.

16. Выписка больных осуществляется не ранее 21 дня нормальной температуры после бактериологического исследования кала и мочи не менее трех

раз - через 5 дней после отмены антибиотиков и затем с интервалом 5 дней. Кроме того, проводится посев дуоденального содержимого за 7-10 дней до выписки.

4. Диспансерное наблюдение за переболевшими

17. Все переболевшие брюшным тифом и паратифами после выписки из больницы подлежат медицинскому наблюдению с термометрией 1 раз в 2 недели. Через 10 дней после выписки из стационара начинается обследование реконвалесцентов на бактерионосительство, для чего пятикратно исследуется кал и моча с интервалом не менее 2-х дней. На протяжении 3 месяцев ежемесячно проводится бактериологическое однократное исследование кала и мочи.

При положительном результате бактериологического исследования в течение 3 месяцев после выписки из стационара обследуемый расценивается как острый н о с и т е л ь .

На четвертом месяце наблюдения бактериологически исследуется желчь и сыворотка крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах всех исследований переболевшего снимают с диспансерного н а б л ю д е н и я .

При положительном результате серологического исследования проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. В случае отрицательных результатов оставляют под наблюдением в течение 1 года.

Через 1 год после выписки из стационара однократно исследуют бактериологически кал и мочу и сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах исследования переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

18. Переболевшие, относящиеся к декретированному контингенту, после выписки из больницы в течение 1 месяца отстраняются от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность. В течение этого периода проводится их пятикратное бактериологическое обследование (исследование кала и мочи).

При отрицательных результатах исследования их допускают к работе, и в последующие два месяца ежемесячно исследуют желчь и сыворотку крови с помощью реакции прямой гемагглютинации с цистеином. Далее их обследуют в течение двух лет ежеквартально, а в последующем на протяжении всей трудовой деятельности 2 раза в год (исследовать кал и мочу).

При положительном результате (через 1 месяц после выздоровления) их переводят на работу, не связанную с пищевыми продуктами и водой. По истечении трех месяцев проводится пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи и однократно желчи. При отрицательном результате

их допускают к работе и обследуют как предыдущую группу.

При положительном результате реакции прямой гемагглютинации с цистеином проводится пятикратное дополнительное исследование кала и мочи и при отрицательных результатах - однократное исследование желчи. При отрицательном результате их допускают к работе. Если при любом из обследований, проведенном по истечении трех месяцев после выздоровления, у таких лиц хотя бы однократно были выделены возбудители брюшного тифа или паратифа, их считают хроническими бактерионосителями и отстраняют от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность.

19. Среди выявленных носителей бактерии брюшного тифа и паратифов предпринимают следующие мероприятия:

1) у транзиторных носителей в течение трех месяцев проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. При отрицательном результате однократно исследуют желчь. В конце наблюдения однократно исследуют сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательном результате всех исследований к концу третьего месяца наблюдения их снимают с учета. При положительных результатах бактериологического и серологического исследований они расцениваются как о с т р ы е н о с и т е л и ;

2) за острыми носителями в течение двух месяцев после выявления проводится медицинское наблюдение с термометрией и в течение трех месяцев ежемесячно однократно проводится бактериологическое исследование кала и мочи. В конце третьего месяца проводят бактериологическое исследование кала и мочи - пятикратно, желчи - однократно и серологическое исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах бактериологических и серологических исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате серологического исследования и отрицательных результатах бактериологического исследования кала и мочи продолжают наблюдение в течение 1 года. Через 1 год необходимо однократно исследовать кал и мочу с цистеином, кал и мочу - бактериологически, однократно. При положительном результате серологического исследования исследуются кал и моча пятикратно, желчь однократно. При отрицательных результатах исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате обследуемого расценивают как хронического носителя;

3) хронические носители состоят на учете в территориальном органе санитарно-эпидемиологической службы, порядок их обследования в течение жизни определяется эпидемиологом. Их обучают правилам приготовления дезинфицирующих растворов, текущей дезинфекции, правильного

гигиенического

поведения;

4) носителей из числа декретированного контингента ставят на постоянный учет в территориальном органе санитарно-эпидемиологической службы. В течение первого месяца наблюдения их отстраняют от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность. Если через месяц выделение возбудителя продолжается, обследуемые отстраняются от работы еще на 2 месяца. Через три месяца при отрицательных результатах бактериологического исследования они допускаются к основной работе. При положительном результате бактериологического исследования они расцениваются как хронические носители и не допускаются к работе, где они могут представлять эпидемическую опасность.

20. В случаях обнаружения хронического бактерионосительства у одного из членов семьи работников объектов пищевой перерабатывающей промышленности, продовольственной торговли, общественного питания и другого декретированного контингента, последние от работы не отстраняются и не подлежат специальному наблюдению.